

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

328

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Grégoire BOULOUCOS

Né le 23 Septembre 1890, à Tripolitza (Grèce)

**CONTRIBUTION à L'ETUDE
de la Polypose nasale avec déformations
de la Pyramide nasale
et son Traitement Chirurgical**

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Grégoire BOULOUCOS

Né le 23 Septembre 1890, à Tripolitza (Grèce)

CONTRIBUTION à L'ETUDE de la Polypose nasale avec déformations de la Pyramide nasale et son Traitement Chirurgical

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BERNARD (Etienne)..	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	OBERLING	Anatomie pathologiq.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GIROUD	Histologie.	PORTES	Obstétrique.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	SANNIÉ	Chimie biologique.
HAZARD	Pharmacologie.	SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.	TROISIER	Pathol. expérimentale.
JOANNON	Hygiène.	TURPIN	Pathologie médicale.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.	VIGNES	Obstétrique.
LACOMME	Obstétrique.	WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anatomie pathologiq.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		HEITZ-BOYER	
CHABROL		MOURE	
CHIRAY		QUENU	
DONZELOT		SCHWARTZ	Clinique Obstétricale.
DUVOIR		VELTER	
HARVIER		ECALLE	
LIAN		GUENIOT	
VALLERY-RADOT		LE LORIER	
(Pasteur)		LEVY-SOLAL	
SEZARY		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

— IV —

A LA MÉMOIRE DE MA CHÈRE MÈRE

*Très faible hommage de mon amour filial.
En témoignage d'affection profonde pour
tout ce qu'elle a fait pour moi.*

A MON PÈRE

Témoignage de ma sincère reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

En gage de mon amour fraternel.

A TOUS LES MIENS

*En témoignage de mon affection et de ma
reconnaissance.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

Professeur de Clinique O.R.L. à la Faculté
de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de mon admiration et Témoi-
gnage de ma gratitude pour la grande
bienveillance dont il a toujours fait preu-
ve à mon égard et l'appui que j'ai tou-
jours trouvé auprès de lui dans son en-
seignement pendant tout mon séjour dans
son service.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Auquel je suis reconnaissant de m'avoir
agréé comme assistant dans son service pen-
dant deux ans et de m'avoir inculqué le
principe du diagnostic et de la Chirur-
gie O. R. L.*

*Hommage de ma vive gratitude et de mon
profond respect.*

A M. LE DOCTEUR AUBIN
O.R.L. des Hôpitaux

Hommage reconnaissant pour son enseignement précieux.

A MM. LES DOCTEURS BEAUDOIN, MADURO,
REMY-NERIS, SURREL, VAN DER BOSCH, BERAL
Chefs de Clinique à la Faculté

*Hommage de mon inaltérable gratitude pour
leur grande affabilité et l'intérêt qu'ils
m'ont toujours porté dans l'enseignement
O. R. L.*

A MM. LES DOCTEURS JOURDAN, BRUCKER

Assistants à la Clinique de la Faculté de Médecine de Paris

A qui je garderai toujours un souvenir reconnaissant pour la sympathie qu'ils m'ont toujours témoignée.

A MM. LES DOCTEURS ARDOIN, CHAILOUETTE,
THOMAS, MELIK

A MES CONFRÈRES CAMARADES D'ÉTUDES

SALOMON, LOISEAU

Internes des Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

Les polypes des fosses nasales ont toujours été, dans l'histoire de la Médecine, l'objet de recherches thérapeutiques et pathogéniques continues.

Hippocrate recommandait d'enlever les polypes avec une éponge qui, enfoncée dans les fosses nasales par un procédé qu'il indiquait, puis attirée fortement, entraînait la masse des polypes.

Celse préconisait les caustiques.

Gallien préférait les astringents aux procédés chirurgicaux.

Paul d'Egine était nettement partisan d'une intervention chirurgicale par le bistouri.

C'est Guillaume de Salicet qui a jeté les bases du traitement moderne en procédant à l'étranglement des polypes par un nœud fortement serré, ainsi qu'Arantius qui les arrachaient au moyen de pinces mousses.

Or, jusqu'à cette époque, on s'occupait uniquement de la thérapeutique.

Vers le milieu du xvii^e siècle, les praticiens de

l'époque ont commencé à rechercher la pathogénie de cette affection.

Levret déclarait : c'est l'expansion de la membrane pituitaire qui a formé les polypes ; ceux-ci doivent leur naissance à l'engorgement lymphatique des glandes comprises dans l'épaisseur de la membrane pituitaire. Quant aux causes occultes, ajoute-t-il, ce serait vouloir se laisser séduire par le faux brillant d'une vaine spéculation presque toujours dénuée de preuves évidentes que de s'arrêter à les chercher et à les deviner (1749).

Deschamps précisait « Polypes nasaux ainsi que ceux du sinus n'appartiennent point, strictement parlant, aux tissus fibreux de la membrane muqueuse, ils ont leur siège dans le tissu cellulaire qui recouvre le tissu fibreux, celui-ci n'étant susceptible d'aucune expansion tandis que la membrane muqueuse poussée en avant par la tumeur en fait l'enveloppe extérieure et la revêt exactement dans toute son étendue. La laxité du tissu cellulaire, la faiblesse organique des vaisseaux sanguins lymphatiques, l'amas et le séjour du mucus dans les follicules, un point d'irritation quelconque, qui aura déterminé un flux d'humeur plus abondant sur cette partie ou une plus grande sécrétion de l'humeur muqueuse ou qui aura produit une crispation de ces canaux sont autant de causes prochaines de cette

maladie, dont les causes éloignées sont communes à quantités d'autres affections. Parmi ces causes, on peut remarquer l'habitation dans les lieux humides, les catarrhes fréquents ».

Virchow a englobé les polypes dans le groupement des myxomes et dérivés du tissu conjonctif entre le fibrome et le sarcome.

Masson les désignait comme tissus conjonctifs embryonnaires et particulièrement ressemblants à la gelée de Warthon du cordon ombilical.

Hoppmann, qui en 1889, en ne trouvant pas dans les polypes la mucine, mais simplement un liquide influencé par la chaleur détruisit les conceptions histologiques des précédents.

Le Professeur Jacques, dans le rapport qu'il présenta à la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie, en Octobre 1903, donna une définition très étendue du polype. « En réalité, dit-il, il ne s'agit pas de tumeur autonome des myxomes, mais simplement d'un état dégénératif de certaines régions de la muqueuse nasale essentiellement caractérisée par une infiltration séreuse avec hyperplasie plus ou moins accusée des éléments conjonctifs du chorion muqueux. Cette dégénérescence reconnaîtrait pour cause prochaine une irritation banale ou spécifique, plus souvent une suppuration en foyer ». Il a démontré et prouvé, par son expérience, que le

suc qui s'écoule du polype n'était pas de la mucine. Voici ce qu'il écrit relativement à cette substance :
« On recueille les polypes pour éviter toute cause d'erreur, il est essentiel d'observer une double précaution :

1°) Ne pas laisser le liquide d'expression baigner la surface externe du polype, au contact de l'épithélium auquel il pourrait se charger de traces notables de mucus.

2°) Eliminer de l'expérience les polypes contenant des kystes glandulaires, le contenu de ceux-ci étant riche en mucus, le liquide ainsi recueilli affecte une teinte jaune ambrée, d'une limpidité parfaite et n'offre nulle tendance à la coagulation par repos au contact à l'air. Nous avons appliqué les diverses réactions de la manière suivante :

a) Traité par l'acide acétique à l'excès, pas de précipité, la mucine précipite en blanc.

b) Traité par l'acide azotique à l'excès, précipité blanc abondant, soluble dans l'acide acétique, la mucine ne se redissout pas.

c) Additionnée d'une solution étendue de thionine, le liquide reste bleu, la mucine le ferait virer au rose.

Bref, les résultats entièrement négatifs relati-

vement à la mucine, les réactions obtenues sont celles de l'albumine du sérum. »

La théorie parasitaire des polypes émise en 1900 par Barraga-Ciarrella de Naples ne peut pas nous persuader de la pathogénie de ceux-ci.

Woakes et Semon (dans le *British Medical Journal*, 4 août 1885, 12 mars 1892 et 10 juin 1892).

« L'Éthmoïde nécrosante serait la cause première de toute formation polypeuse et la fréquente récidence de cette dernière lésion s'explique par la persistance de l'affection osseuse primitive au début de l'affection cliniquement un empyème éthmoïdal et caractérisé anatomiquement par l'hyperplasie fibreuse de la muqueuse et du périoste du cornet moyen. L'extension de ce processus à la tunique externe des artères entraîne la production de lésions trophiques de nature ischémique dans l'os sous-jacent qui devient le siège de lacune et parfois de nécrose. La muqueuse recouvrant cet os subirait une dégénérescence polypoïde. A cette période, on constaterait facilement la mise à nu des surfaces osseuses rugueuses et que toutes les fois que l'on cherche la nécrose osseuse, on la rencontre. »

Cette théorie de Woakes de nécrose de l'éthmoïde sauf les polypes d'origine syphilitique ou tuber-

culeuse, ne peut pas non plus nous persuader de la pathogénie de ceux-ci.

Lermoyez insiste sur les troubles vaso-moteurs comme cause des polypes. « Chez les malades atteints de coryza spasmodique, écrit-il, l'écoulement hydroporrhéique commence, la dégénérescence suit. Il est facile d'en comprendre la raison. Les auteurs allemands nous ont appris que le polype banal du nez n'est pas une tumeur, mais un œdème interstitiel de la pituitaire. Or, on sait aujourd'hui que les obstructions vasculaires sont généralement insuffisantes à permettre la transsudation séreuse ; il faut adjoindre un trouble vaso-moteur (Roger). Dans certaines circonstances même, ce trouble vaso-moteur seul suffit à produire l'œdème. C'est ainsi que se développe toute une série de manifestations cutanées telles que l'urticaire ; les arthritiques surtout sont sujets à des œdèmes localisés, parfois durables. Ces notions sont applicables à la pituitaire des arthritiques ; les troubles vaso-moteurs de l'accès d'hydroporrhée, en se répétant, aboutissent à la formation de ces œdèmes polypoïdes, véritables pseudo-tumeurs, dont on comprend dès lors la disparition totale sans autre opération, quand un traitement général rend aux vaisseaux leur vaso-tonicité. »

Cette théorie de Lermoyez d'origine nerveuse vaso-motrice quelquefois explique la pathogénie des

polypes, car la disposition anatomique du méat moyen avec ses replis muqueux, la largeur de la fosse nasale, l'instabilité vaso-motrice de certains sujets semble exercer une influence marquée.

Le Professeur Lemaître est du même avis que le Professeur Jacques, dans son enseignement, il soutient toujours que les polypes sont la conséquence d'une dégénérescence ou inflammation œdémateuse de la muqueuse pituitaire.



HISTOLOGIE

Histologiquement, un polype montre un épithélium presque toujours cylindrique statifié, et peu modifié.

Le Chorion : c'est dans celui-ci que se produisent les lésions principales, infiltration œdémateuse et qui distend les mailles conjonctives, le liquide d'œdème a une composition chimique très voisine du plasma sanguin.

La réaction inflammatoire est constituée par les lymphocytes mononucléaires plasmocytes et quelques polynucléaires inconstants.

Les vaisseaux sont très nombreux, formés de néo-capillaires avec simples parois endothéliales.

Les glandes sont nombreuses, souvent très visibles, et ont quelquefois subi une dilatation kystique.

Or, nous distinguerons :

Les Polypes banaux (muqueux, sinusiens, cloison).

Les Polypes avec signes associés (polypes déformants, syphilitiques, tuberculeux).

Nous étudierons exclusivement les polypes avec signes associés (polypes qui provoquent les déformations de la pyramide nasale).

POLYPES DÉFORMANTS DES FOSSES NASALES

Les polypes déformants des fosses nasales ne diffèrent en rien au point de vue anatomopathologique des polypes muqueux banaux, leur volume varie de celui d'un œuf de pigeon à celui d'un grain de mil, leur couleur est en général grise, jaunâtre transparente, suivant l'expression de Lermoyez, mais ils tirent leur individualité :

1° *De déformations* souvent considérables du squelette nasal qu'ils provoquent avec un écartement et dislocation de l'auvent nasal, caractère constant qui leur a valu leur nom.

2° *De l'obscurité* qui entoure leur étiologie encore très discutée.

3° *De leur rareté* du fait qu'ils frappent les sujets jeunes.

4° *De la chronicité* de leur évolution qui se fait sur une extension, un envahissement progressif souvent considérable et de leur ténacité, leur tendance à la récurrence locale après ablation.

5° *De leur caractère* malgré tout bénin restant une affection locale.

ETIOLOGIE

Jusqu'à présent nous ne connaissons pas l'étiologie intime de cette affection spéciale. *Hérédité*, comme dit le Professeur Sebileau ; la *Syphilis*, dit le Professeur Jacques ; la *nécrose de l'ethmoïde*, dit l'Anglais Woakes ; ou la perturbation *endocrinienne*, comme dit Lermoyez, peuvent la provoquer.

La multiplicité des opinions nous montre assez quelle obscurité règne encore sur leur étiologie.

CLINIQUE

L'affection commence dans le jeune âge, le début est toujours lent et insidieux, le malade sent l'obstruction nasale, éternuements fréquents, céphalées, sécheresse de la gorge, angines fréquentes, puis viennent des troubles spasmodiques, coryza hydropurulent, toux nasale, asthme, emphysème et parfois un peu de pharyngite ou laryngo-trachéite descendante. La voix s'altère, la capacité thoracique devient insuffisante et le malade a un air hébété et une intelligence inférieure à la moyenne, qui le fait ressembler à un adénoïdien.

Dans la période d'état, le fonctionnement respiratoire des fosses nasales est complètement aboli, les céphalées sont plus intenses.

A l'examen macroscopique, la face du malade présente un élargissement de la pyramide nasale, surtout au niveau des os propres du nez « nez épaté », les ailes du nez sont refoulées en dehors par la masse de polypes nous donnant quelquefois l'impression que nous nous trouvons devant la maladie de *Léontiasis Osséa*.

La rhinoscopie fait découvrir une abondance considérable de polypes qui, quelquefois, dépassent l'orifice des narines, les fosses nasales sont bourrées de polypes qui baignent dans une sanie muco-purulente, l'exploration au stylet ne révèle généralement aucune surface osseuse, rugueuse ou lisse.

L'examen des sinus par la diaphanoscopie montre une obscurité bien nette indiquant la participation de la muqueuse sinusienne.

L'évolution de cette affection est essentiellement lente mais progressive, entrecoupée d'améliorations après opérations partielles, mais suivie de reproduction désespérante des productions polypeuses. A la longue, peuvent survenir des complications : sinusite, propagation aux ethmoïdes, affections auriculaires, catarrhe tubo-tympanique chronique et plus rarement otite aiguë, mastoïdite.

Pronostic. — C'est une affection locale et bénigne, mais le pronostic doit être réservé du fait de la résistance au traitement, de la tendance presque invincible à la récurrence locale, et à l'extension, créant une véritable infirmité.

TRAITEMENT

Le meilleur traitement à appliquer à la polypose nasale déformante serait le traitement étiologique, malheureusement, nous ignorons encore toute l'étiologie de cette affection et plus souvent nous nous contentons d'un traitement symptomatique.

A chaque malade présentant une polypose nasale avec déformation, nous devons faire subir l'épreuve de la réaction Bordet-Wassermann ; dans l'affirmative, nous établirons un traitement spécifique, quoique plusieurs praticiens ordonnent toujours le biodure dans tous les cas de polypose récidivante.

Le traitement local sera toujours indiqué :

Mais deux voies sont possibles :

1°) *La voie endonasale :*

Ses avantages : pas de cicatrice.

Ses inconvénients : voie insuffisante ne pouvant permettre que des opérations partielles, l'ablation

des polypes à l'anse ou à la pince ne pouvant nous donner des résultats complets, car, pour faire une ablation parfaite et un curettage soigneux la voie endonasale nous paraît tout à fait restreinte.

2°) *La voix externe :*

Ses avantages : elle donne un large jour, elle permet une ablation et un curettage plus complets : elle laisse du reste une cicatrice presque invisible, cachée dans le pli naso-génien.

Le procédé a été présenté par M. le Professeur Sebileau, à la Société de Chirurgie de Paris. à la séance du 17 Décembre 1917 « *La Rhinotomie para-latéro-nasale* » nous paraît indiquée pour cette affection. « C'est une opération qui consiste à pénétrer dans la profondeur des fosses nasales en passant sur une des côtes de la pyramide nasale, donner un jour favorable, permettre de curetter l'ethmoïde le plus radicalement possible, nettoyer le sinus et de corriger la déformation nasale dans la mesure du possible.

La Rhinotomie para-latéro-nasale est une opération bénigne pourvu qu'on ne tracasse pas la lame criblée sous laquelle la dure-mère a peu d'épaisseur et peu de résistance. »

La même opération est préconisée par M. le

Professeur Sebileau pour l'ablation de fibromes naso-pharyngiens.

Par le procédé par voie externe, nous croyons d'après les résultats obtenus par M. Maduro, mentionnés dans nos dernières observations que l'on peut employer la voie mixte, c'est-à-dire : 1^{er} temps : intervention endo-nasale pour ablation des polypes et curettage d'une partie de l'ethmoïde ; 2^e temps : étant donné que le malade est généralement atteint de sinusite frontale, compléter le curettage de toute l'ethmoïde par la même ouverture de la région orbitaire.

OBSERVATION N° I

M. le Professeur Sebileau présente à la Société de Chirurgie deux malades de son service, Hôpital Lariboisière, un frère et une sœur, le premier âgé de 15 ans, la seconde de 18 ans.

L'un et l'autre offrent une énorme déformation de la charpente osseuse du nez. Cette déformation porte sur les deux flancs de la pyramide nasale, elle est symétrique, elle se produit sous l'influence du développement dans l'intérieur de la cavité nasale, d'une tumeur en grappe, aspect assez curieux de nature conjonctive, formée de cellules polymorphes atypiques, nageant dans les larges plaques de dégénérescence myxomateuse (myxosarcome).

Sur l'un et l'autre sujet, la déformation est la même, les deux enfants se ressemblent au point, dans leur laideur, qu'on prendrait facilement l'un pour l'autre.

Cette déformation consiste en une énorme augmentation du volume de tout le nez, et dans un élargissement considérable de la charpente osseuse et cartilagineuse de celui-ci.

La charpente osseuse est comme étalée, l'arête nasale a disparu et est remplacée par un plateau qui s'élargit de haut en bas et qui, au point où se détache la portion cartilagineuse, présente une largeur de plus de 4 centimètres. De chaque côté, ce plateau descend par deux plans doucement inclinés vers la joue et la pommette. En haut le refoulement de unguis porte en dehors les deux globes oculaires qui sont très éloignés l'un de l'autre et se meuvent dans un champ palpébral transversalement rétréci.

De chaque côté un peu au-dessus de l'angle interne de la paupière apparaît une saillie légère formée par le sac lacrymal rempli de liquide.

Le méplat sous-palpébral inférieur a disparu dans tout son segment interne et est comme soulevé. La charpente cartilagineuse est aussi déformée. L'auvent nasal élargi, gonflé, arrondi, présente à la partie inférieure deux orifices presque circulaires complètement obstrués par des déformations bourgeonnantes grisâtres.

Nulle part le néoplasme n'a usé l'os ni le cartilage, il n'a produit partout que de la déformation par refoulement. »

OBSERVATION N° II

(de M. Lévy A.)

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, qui présente un élargissement considérable de la partie osseuse du nez.

Les unguis sont déplacés.

Respiration buccale, les os propres du nez ne sont pas séparés.

Nez bourré de polypes.

Ablation en plusieurs séances.

Après l'ablation, on voit les cellules ethmoïdales déplacées jusque dans la région du méat inférieur, elles présentent des granulations, ablation de celles-ci qui contiennent des fragments osseux.

Trépanation du sinus maxillaire droit par le méat moyen, pas de suppuration, sept jours avec curettage du septum, puis six jours après trépanation du sinus gauche, pas de suppuration. Ablation du cornet moyen gauche, de cellules ethmoïdales antérieures et moyennes.

Vingt jours après curettage de l'ethmoïde de sorte qu'il reste juste une grande cavité dans le nez.

OBSERVATION N° III (de M. Bouloucos)

M. G... Raymond, âgé de 16 ans, ouvrier, se présente à l'Hôpital Lariboisière le 4 mars 1931.

Les antécédents héréditaires ne donnent aucun renseignement, lui-même dit n'avoir jamais souffert autrement, que de l'affection qui l'amène devant nous.

A l'âge de 12 ans, commence à être fréquemment enchifrené, à respirer mal du nez, ronfler et garder la bouche ouverte.

Deux ans après, s'aperçut que son nez augmentait de volume.

Lorsqu'il se présente à l'hôpital, le malade a la face complètement déformée, son nez présente une déformation de la charpente osseuse, cette déformation porte sur les deux flancs de la pyramide nasale, elle est symétrique, l'arête nasale est noyée, la charpente cartilagineuse est également déprimée mais moins que la charpente osseuse, l'auvent nasal est élargi, gonflé, la distance séparant l'angle interne des yeux est de 5 centimètres de chaque côté : un

peu au-dessus de l'angle interne de la paupière, apparaît une saillie rougeâtre formée par le sac lacrymal rempli de liquide.

Un examen des fosses nasales montre que celles-ci sont obstruées complètement par de multiples polypes qui débordent l'orifice narinaire.

La réaction Bordet-Wassermann est négative.

Le prélèvement sur la masse polypeuse examinée histologiquement au laboratoire de l'hôpital, montre un épithélium cylindrique statifié et pas modifié, nous donnant la certitude qu'il s'agit des polypes muqueux ordinaires.

Première intervention, le 24 avril, nous avons fait l'ablation à l'anse d'une première partie de polypes.

Deuxième intervention, le 1^{er} mai, ablation d'une seconde partie des polypes. On constate une légère diminution d'écoulement du pus.

Troisième intervention, le 9 mai, ablation de la totalité des polypes dans les deux fosses nasales. On constate une grande diminution de l'écoulement muco-purulent, le malade respire un peu par le nez, mais aucun changement en ce qui concerne la déformation de la pyramide nasale.

Nous pensions intervenir suivant le procédé du

Professeur Sebileau par voie externe « Rhinotomie para-latéro-nasale » pour curetter l'ethmoïde, mais le malade n'est pas revenu.

Un fait particulier à notre connaissance est le suivant :

Notre malade présentait des crises comitiales très fréquentes, lors de son entrée à l'hôpital, il fut traité par le Gardénal, et les crises s'apaisèrent considérablement pour presque disparaître actuellement.

Nous signalons le fait sans pouvoir conclure avec précision sur les relations possibles entre son affection nasale et ses crises comitiales.

OBSERVATION N° IV

(par M. Bouloucos)

Mlle B... Rose, née à Budapest, âgée de 24 ans, se présente à l'Hôpital Lariboisière, le 20-7-33, elle se plaint d'une gêne respiratoire nasale.

Antécédents : Les antécédents héréditaires ne donnent aucun renseignement. A l'âge de 11 ans, la malade commence à être enchifrenée, à ronfler et à respirer la bouche ouverte, on pratique à Budapest une amygdalectomie et, quinze jours après, une ablation des polypes des fosses nasales, à cette époque, on s'aperçoit que le nez augmente de volume et par la suite tous les deux ans, le sujet subit une intervention pour ablation des polypes. A l'âge de 18 ans, le professeur Rethy a pratiqué aussi l'ablation des polypes et cornets. Au mois d'avril 1933, ablation des polypes à Paris dans un dispensaire. En tout, 13 interventions jusqu'à ce jour ont été pratiquées sur le sujet.

Actuellement : A l'examen macroscopique, la malade a la face complètement déformée, son nez présente une déformation de la pyramide, elle est symétrique, l'arête nasale est noyée, la charpente

cartilagineuse également déprimée mais moins que la charpente osseuse, l'auvent nasal est élargi, gonflé, la distance séparant l'angle interne des yeux est de 3 centimètres de chaque côté, un peu au-dessus de l'angle interne de la paupière apparaît une saillie rougeâtre formée par le sac lacrymal.

L'examen endonasal montre que les fosses sont obstruées complètement par de multiples polypes qui débordent l'orifice narinaire.

La réaction Bordet-Wassermann est négative.

La biopsie montre histologiquement un épithélium cylindrique statifié et pas modifié nous certifiant qu'il s'agit de polypes banaux muqueux

Opération : Intervention le 22-7-33 par M. Lemoynes. Aides : MM. Gaston et Bouloucos, révision des 2 régions ethmoïdales droite et gauche qui ont été opérées plusieurs fois, on ne trouve pas de restes importants de cloison cellulaire, trépanation des sinus maxillaires par le procédé Cadwel-Luc. Les sinus contiennent des polypes volumineux et des fongosités. Leur paroi interne a déjà été effondrée au cours d'une des opérations antérieures. Au cours de l'opération, on effondre une partie de la cloison médiane. On introduit une mèche dans chaque sinus maxillaire par la narine correspondante.

Le 28, la malade quitte le service et rentre en

Hongrie, son état au point de vue respiratoire était rétabli. Depuis ce moment, nous n'avons aucune nouvelle.

En résumé : Nous étions en présence d'une polypose nasale avec déformation de la pyramide, vu les très nombreuses interventions qu'avait subies la malade, nous pensons qu'un curettage plus soigneux par voie externe de l'ethmoïde est le meilleur moyen opératoire, celui qui donne les meilleurs résultats.

OBSERVATION N° V
(par M. Bouloucos)

Mlle G... Emilienne, 18 ans, née à Paris, se présente à l'hôpital Lariboisière le 18-2-33 pour tumeur orbitaire gauche.

Antécédents : A partir de l'âge de 12 ans, la malade a subi plusieurs interventions pour ablation de polypes des fosses nasales, à la même époque sa pyramide nasale a eu un élargissement assez grand et la distance normale séparant l'angle interne des yeux augmentait.

Le 2 avril, la malade entre à l'Hôpital Saint-Louis, salle Lorry, service du Professeur Lemaître, pour sinusite frontale et maxillaire gauche, gêne respiratoire nasale obligeant à une respiration buccale, ainsi que des céphalées dans la région frontale gauche.

Opération : Pratiquée le 25-7-30 par M. Maduro.

1^{er} temps : Ethmoïdal, ablation polypes, curetage ethmoïde.

2^e temps : (le 25 août) : intervention pour sinus frontal, petite incision justranasale sous-jacente au

sourcil, trépanation au lieu d'élection, résection de la paroi orbitaire du sinus frontal, on pénètre dans le nez sans s'en rendre compte en raison du premier temps ethmoïdal du mois dernier ; on peut ici respecter presque tout l'os propre, on achève la résection ethmoïdale rapide en quelques coups de curette, ensuite mèches, et enfin on pratique l'opération des sinus maxillaires, procédé Cadwel Luc.

Actuellement : Intervention de M. Maduro, le 20-2-35, incision dans la région sourcillière, sortie du pus en abondance ; mèche, examen du pus : on trouve, globules rouges, rares polynucléaires, pas de germes, culture négative.

La malade reste à l'hôpital 8 jours, à l'examen de sortie cicatrisation complète et à l'examen endonasal, pas de polypes ni de pus.

En résumé : Nous sommes en présence d'une polyposse nasale avec déformation de la pyramide avec complications sinusite frontale et maxillaire gauche.

Étant donné que l'intervention a été pratiquée par voie externe, curettage radical de l'ethmoïde, sinus frontal et maxillaire, depuis le 25-7-30, la malade n'a pas eu de récurrence de polyposse mais seulement la formation d'un foyer purulent de son sinus frontal gauche.

OBSERVATION N° VI

(par M. Bouloucos)

Mlle B... Louise, 24 ans, née à Berne, se présente à l'Hôpital Lariboisière le 11 octobre 1933, pour gêne respiratoire nasale avec sécrétion de liquide muco-purulent et céphalées dans la région frontale.

Antécédents :

A partir de l'âge de 17 ans, la malade a subi une intervention pour ablation de polypes des fosses nasales ; à la même époque, sa pyramide nasale a eu un élargissement et la distance normale séparant l'angle interne des yeux augmentait.

Opérations :

Le 12 octobre 1933, la malade rentre à l'Hôpital Lariboisière, service du Professeur Lemaître. Le Docteur Maduro pratique une intervention pour ablation de polypes des fosses nasales.

Le 12 novembre 1933, seconde intervention par le Docteur Maduro qui pratique un curettage de l'ethmoïde bi-latérale par voie endonasale.

Le 10 janvier 1934, troisième intervention par le même docteur, résection de la cloison déviée.

Le 10 décembre 1934, quatrième intervention pour sinusite frontale droite, résection de la paroi orbitaire du sinus frontal. Il pénètre dans le sinus, curettage, il pénètre dans le nez et achève la résection ethmoïdale en quelques coups de curette, mèche.

La malade reste huit jours à l'hôpital ; à l'examen de sortie, cicatrisation complète et à l'examen endonasal, pas de polypes ni de pus.

Le 20 mars 1935, la malade se présente à l'hôpital, ne se plaignant de rien, l'examen endonasal permet de constater une perméabilité complète des fosses nasales, pas de polypes et en général une propreté absolue.

En résumé, dans ce cas, nous sommes aussi en présence d'une polypose nasale avec légère déformation de la pyramide avec complications ethmoïdales et sinusite frontale. La voie mixte (endonasale et extranasale) qui a été pratiquée par le Docteur Maduro nous semble avoir donné les meilleurs résultats.

CONCLUSIONS

1° Nous devons considérer que les polypes déformants des fosses nasales ne diffèrent en rien au point de vue anatomopathologique des polypes banaux.

2° La Polypose nasale avec déformation est une maladie rare, caractérisée par son apparition dès le jeune âge et par le développement souvent considérable bilatéral de nombreux polypes tendant à envahir les sinus frontaux maxillaires et l'Ethmoïde et à déformer la pyramide nasale.

3° Elle est d'un caractère rebelle et très souvent récidivant.

4° Nous ignorons l'Etiologie intime de cette affection spéciale.

5° Le Traitement indiqué sera un curettage soigneux par voie endonasale et extranasale. (Rhino-
tomie para-latéro-nasale ou sinus frontal). Les meilleurs résultats, croyons-nous, sont obtenus par

cette voie mixte, nos deux dernières observations dans le service du Professeur Lemaître nous ayant donné complète satisfaction.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
F. LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. Annales des maladies de l'oreille. Juillet 1899.
2. BOUCHET. — La mucocèle du cornet moyen (Congrès Soc. Fran. O.R.L. Octobre 1930).
3. BARAGA-CIARELLA. — (Arch. Laryng. und Rhin. Vol. X.)
4. BOCHE. — Thèse 1924. Polypes déformants.
5. BOURGEOIS et BOUCHET. — Tuberculose osseuse des fosses nasales (Annales oreilles, Juillet 1924).
6. CANUYT et RERRACOL. — La polypose nasale récidivante et déformante de jeunes Commun. Congrès O.R.L. Franç. 1923.
7. COLLET. — Tuberculose du sinus de la face (Lyon chirurg. 1902, p. 512-525).
8. DESCHAMPS. — Traité des maladies du nez et des sinus.
9. JOUSSEAUME. — Thèse 1925, Polypes, étude histologique et pathogénique.
10. JACQUES. — Dégénérescences bénignes des muqueuses ethmoïdales, Rapport à la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie. Octobre 1903.

11. HEYMANN. — Handbuch der Laryng. und Rhinologie, 1900.
12. HEYMANN. — Virchows arih 7. pathol. anat. de 1892. Revue mensuelle de laryngologie, n° 1, p. 24, 1^{er} janvier 1888.
13. HOPPMAN. — Unter Nasenpolypen (Berlin Klin. Woch. août 1892).
14. HOPPMAN. — Monats 7. Ohrenh 1895
15. GUISEZ. — Maladies des fosses nasales et sinus.
16. LOUIS LEROUX. — Un cas de polypose récidivante et déformante.
17. LÉMAITRE et LAVRAND. — Essai de pathogénie des Cholesteatines de l'oreille. Arch. Inter., Juillet 1923.
18. LERMOYEZ. — Discussion sur la polypose nasale (Soc. française d'otologie, oct. 1902.)
19. LERMOYEZ. — Traitement atropo-strychnine de l'hydrorrhée nasale.
20. LEVY (A.). — Changement de forme du nez à la suite des polypes muqueux (Thèse Koenigsberg, 1903).
21. LEVRET. — Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice du cou et de la gorge, 1749.
22. GEORGES LAURENS. — Chirurgie du nez, pharynx, larynx, 1924.
23. Manuel d'histologie, pathogénie, p. 66-67.

24. MASSON. — Tumeurs (Traité de Sargent, p. 191-192).
25. MOURE. — Manuel pratique des fosses nasales et de la cavité nasopharyngienne, 1893.
26. SEBILEAU. — Deux cas d'une curieuse déformation de la pyramide nasale provoquée par myxosarcome des fosses nasales. Bull. et Mém. de la Société Chir. Paris, p. 1.066. Séance du 13 juillet 1921.
27. SEMON. — Centralblatt für Laryng., 1886.
28. VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, traduit par Aronsschn, Paris, 1867,, T.I, p.401.
29. VERNEUIL. — Des polypes nasaux et nasopharyngiens (Arch. acad. et chirurg. 1860).
30. VIOLLET. — Polyposes kystiques à répétition du ne donnant lieu à des écoulements muqueux nombreux et abondants paraissant par leur structure, avoir leur point de départ dans les sinus maxillaires. (Congrès de la Société Française O.R.L., 10 mai 1909).
31. WATSON Williams. — Réparations microscopiques éclairant la Pathogénie de certaines formes des polypes du nez (Société Royale de Médecine de Londres, séance du 7 février 1908).
32. WATSON. — Polype fibreux récidivant des fosses nasales (Med. Times and Gazette, Vol. II, p. 388, 1875).

33. ZARNIKO Dic. — Krankheiten der Nase. Berlin, 1894.
34. ZUCKERKANDE. — Anatomie normale et path. des fosses nasales, 1895.

